

REPORTE DE CASOS CLÍNICOS

Tuberculosis Esofágica

Ramón Baños, Andrés Serrano, Fernando Alberca, María Alajarín, Aquilino Albaladejo, Ángel Vargas y Joaquín Molina.

RESUMEN

La tuberculosis esofágica primaria es prácticamente inexistente, y hay pocos casos descritos de tuberculosis esofágica secundaria. La tuberculosis esofágica debe sospecharse en pacientes con disfagia, prueba de la tuberculina positiva, enfermedad pulmonar activa o adenopatías mediastínicas. La imagen endoscópica o radiográfica podría ser indistinguible del carcinoma esofágico, por lo que su diagnóstico puede evitar tratamientos equivocados. Confirmar el diagnóstico requiere el aislamiento de bacilos tuberculosos. El tratamiento en un paciente con tuberculosis esofágica es la terapia estándar.

PALABRAS CLAVE: Tuberculosis. Esófago.

SUMMARY

Primary esophageal tuberculosis is virtually non-existent and there are few cases described of secondary esophageal tuberculosis. Esophageal tuberculosis should be suspected in patients with dysphagia, positive test results for tuberculin, active pulmonary disease or mediastinal adenopathies. Endoscopic or x-ray images could be indistinguishable from esophageal carcinomas, hence a diagnosis can prevent wrong treatments. Confirming the diagnosis requires isolation of tuberculosis bacillus. Treatment for a patient with esophageal tuberculosis is standard therapy.

Key words: Tuberculosis, esophagus.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis esofágica primaria o secundaria es consecuencia de la infección por *Mycobacterium tuberculosis*. La tuberculosis esofágica primaria es prácticamente inexistente, y hay pocos casos descritos de tuberculosis esofágica secundaria, incluso en pacientes con afectación pulmonar extensa y en países con altas tasas de prevalencia de infección por *Mycobacterias*^{1,2}.

REPORTE DEL CASO

Mujer de 59 años de edad que refería disfagia desde 3 meses antes. Se realiza un tránsito esofágico y una endoscopia digestiva alta, evidenciando una estenosis corta en tercio medio de esófago de aspecto tumoral que no permitía el paso del endoscopio (Fig. 1.), aunque sí pasaba el bario. El estudio del material obtenido al biopsiar la estenosis esofágica mostró tejido granulomatoso necrotizante que contenía bacilos ácido-alcohol resistentes, la paciente no refería historia de tuberculosis previa ni clínica respiratoria ni fiebre. La tinción de Ziehl-Neelsen descubrió la existencia de bacilos ácido-alcohol resistentes (Fig. 2.) y el cultivo de Lowenstein fue positivo



Fig.1. Estenosis de tercio medio esofágico con mucosa de aspecto neofornativo y que no permitía el paso del endoscopio.

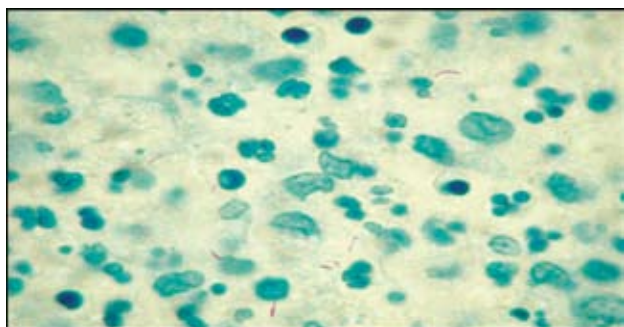


Fig.2. La tinción de Ziehl-Neelsen aplicada al cepillado de la lesión descubrió la existencia de bacilos ácido-alcohol resistente.

para *Mycobacterium tuberculosis*. Se excluyó la tuberculosis pulmonar activa mediante la radiografía de tórax y el examen microbiológico de las secreciones obtenidas por broncoaspirado. El test cutáneo de tuberculina (PPD) fue positivo y el test de ELISA para el virus de inmunodeficiencia humana negativo. La paciente fue tratada con éxito con isoniacida, rifampicina y pirazinamida durante 9 meses, desapareciendo la clínica a las 4 semanas de empezar el tratamiento. Se realizó una nueva endoscopia a los seis meses de iniciar el tratamiento, comprobándose una disminución de calibre de unos 2 cm de aspecto fibroso que permitía el paso del endoscopio.

DISCUSIÓN

La tuberculosis esofágica es infrecuente, debido al tránsito esofágico rápido y a una cierta resistencia del epitelio escamoso frente al bacilo¹. Se han descrito varios mecanismos patogénicos para la tuberculosis esofágica, en la mayor parte de los casos la afectación del esófago es secundaria por continuidad desde adenopatías caseificantes subcarinales, inoculación con el bacilo en el esputo deglutido o diseminación linfática retrógrada o hematogena, así como la extensión directa desde un foco de tuberculosis vertebral cervical. En las últimas décadas, con la aparición del SIDA han aumentado discretamente los casos de tuberculosis esofágica, siendo infrecuente esta entidad en pacientes inmunocompetentes^{2,3}.

Desde el punto de vista clínico, parece afectar más al sexo masculino que al femenino, con una edad media de diagnóstico alrededor de los 45 años y una duración de los síntomas previos al diagnóstico de 2 semanas a 6 meses. La clínica predominante suele ser la disfagia y/u odinofagia (80% de los casos), a la que se añade pérdida de peso, fiebre, dolor retroesternal y tos con la deglución⁴.

Los hallazgos endoscópicos consisten en úlceras superficiales de diferentes tamaños, estenosis, fístulas, lesiones elevadas que parecen auténticas neoplasias e imágenes de compresión extrínseca en particular en su parte media. Permitiendo el diagnóstico de certeza el aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis* y/o la presencia de granulomas caseificantes en las biopsias o en el estudio citológico de las lesiones esofágicas. Dichas biopsias muestran a menudo un patrón de esofagitis inespecífica que debe diferenciarse de otras infecciones por virus, bacterias, hongos y la enfermedad de Crohn. La TAC da una imagen más completa de la enfermedad mediastínica inicial y de las fístulas. El tránsito baritado pone de manifiesto la existencia de estenosis esofágicas o fístulas traqueoesofágicas^{4,5}.

El tratamiento de la tuberculosis esofágica en un paciente inmunocompetente es el de la terapia antituberculosa estándar. La terapia supresora de la secreción de ácido no solo es ineficaz, sino que se ha comunicado progresión de la ulceración después de un tratamiento de 6 semanas con un inhibidor de la bomba de protones. En general, los pacientes infectados por el VIH responden bastante menos con la terapia antituberculosa que aquellos pacientes inmunocompetentes. A veces es necesario un tratamiento endoscópico o la cirugía para reparar las fístulas, las perforaciones o el sangrado^{3,6,7}.

Dicho tratamiento se basa en la administración de tres fármacos, habitualmente isoniacida, rifampicina y pirazinamida, con lo que se consiguen altos índices de curación. La tuberculosis diseminada se reconoce como manifestación precoz del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, lo que debe ser tenido en cuenta en todos los casos de tuberculosis esofágica⁵.

En conclusión, la tuberculosis esofágica es una localización poco frecuente de la tuberculosis extrapulmonar. Debe ser considerada como posibilidad diagnóstica cuando existan síntomas esofágicos o mediastínicos sin una etiología precisa, especialmente en pacientes afectos de enfermedades inmunosupresoras.

BIBLIOGRAFÍA

1. JAIN SK, JAIN S, JAIN M, YADUVASHI A. Esophageal tuberculosis: is it so rare? Report of 12 cases and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 287-91.
2. JAIN S, KUMAR N, DAS DK, JAIN SK. Esophageal tuberculosis. Endoscopic cytology as a diagnostic tool. *Acta Cytol* 1999; 43: 1085-90.
3. ENG J, SABANATHAN S. Tuberculosis of the esophagus. *Dig Dis Sci* 1991; 36: 536-40.
4. ARENAS JI, MONTALBO II, GIL I. Esófagitis infecciosas. *Gastroenterol Hepatol* 1999; 22: 302-308.
5. BAEHR PH, MCDONALD GB. Esophageal infections: risk factors, presentation, diagnosis and treatment. *Gastroenterology* 1994; 106: 509-532.
6. EHRENPREIS ED, BOBER DI. Idiopathic ulcerations of the oesophagus in HIV-infected patients: a review. *Int J STD AIDS* 1996; 7: 77-81.
7. VELLOSO A, PIZARRO A. Esófagitis infecciosas. En: Vilardell F, ed. *Enfermedades Digestivas*, 2.ª ed. Madrid: Aula Médica, 1998; 399-406.